



2022 혜택 요약서

Oregon 및 Washington

Wellcare Giveback Open (PPO)

H5439 | 015

Wellcare Premium Ultra Open (PPO)

H5439 | 011

Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)

H5439 | 010

당사는 믿고 이용할 수 있는 건강 플랜을 세우는 것이 얼마나 중요한지를 잘 알고 있습니다.

본 책자는 Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Premium Ultra Open (PPO) 및 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)이 2022년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지 보장하는 의약품 및 건강 서비스에 대한 요약입니다.

본 책자는 당사가 다루는 내용 및 비용 부담 책임에 대한 요약을 제공합니다. 서비스, 제한사항 또는 예외사항 중에 포함되지 않은 것도 있습니다. 전체 서비스 목록은 플랜의 보장 범위 증명서(EOC)에 있습니다. 보장 범위 증명서는 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetor에서 확인하실 수 있습니다. 또는 뒤표지에 나와 있는 전화번호로 전화하여 사본을 요청하실 수도 있습니다.

누가 가입할 수 있나요?

당사 플랜에 가입하시려면 Medicare Part A에 적격 대상이고, Medicare Part B에 가입되어 있으며 당사의 서비스 지역에 거주하셔야 합니다. 가입자는 Medicaid 또는 다른 제3자가 별도로 지불하지 않은 경우 Medicare Part B 보험료를 계속 납부해야 합니다.

당사 플랜 및 서비스 지역:

H5439015000 Wellcare Giveback Open (PPO)에는 다음이 포함됩니다.

- Oregon 주의 카운티: Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill
- Washington 주의 Clark 카운티

H5439011000 Wellcare Premium Ultra Open (PPO)에는 다음이 포함됩니다.

- Oregon 주의 카운티: Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill
- Washington 주의 Clark 카운티

H5439010000 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에는 다음이 포함됩니다:

- Oregon 주의 카운티: Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill
- Washington 주의 Clark 카운티

Original Medicare의 보장 내용과 비용에 대해 더 자세히 알아보려면 현재 사용 중인 “Medicare와 당신(Medicare & You)” 핸드북을 참조하십시오. 온라인으로 www.medicare.gov에서 확인하시거나 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하셔서 사본을 요청하실 수 있습니다. 주 7일 하루 24시간 언제든지 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.

Preferred Provider Organization (PPO)은 원하는 장소에서 언제나 의료 서비스를 이용할 수 있는 자유와 유연성을 누릴 수 있습니다. 가입자는 본인을 Medicare 가입자로 간주하는 데 동의한 국가에 있는 모든 Medicare 제공자로부터 진료를 받을 수 있지만, 당사의 네트워크에서 계약된 제공업체를 사용할 경우 일반적으로 비용을 더 적게 지불할 것입니다. 네트워크 비소속 제공자는 당사의 플랜을 청구하지 않기로 선택할 수 있으며, 가입자에게 서비스 요금을 사전에 지불해 달라고 요청할 수 있습니다. 이 경우 청구 양식을 작성하여 청구서 사본과 결제 관련 문서를 작성하여 당사에 제출할 수 있습니다.

네트워크 비소속/비계약 업체는 응급 상황을 제외하고는 저희 Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Premium Ultra Open (PPO), Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) 플랜 가입자를 치료할 의무가 없습니다. 네트워크 비소속 서비스에 적용되는 비용 분담을 포함한 자세한 정보는 가입자 서비스부 번호로 전화로 문의하거나 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

당사의 플랜에는 처방약 보장 및 당사의 대규모 약국 네트워크 이용도 포함됩니다. 저희 플랜은 처방서를 사용합니다. 당사 의약품 플랜은 Medicare 수혜자를 위해 특별히 설계되었으며 저렴한 복제약 및 브랜드 약의 포괄적인 선택을 포함합니다.

어떤 의사, 병원 및 약국을 이용할 수 있나요? Wellcare Giveback Open (PPO), Wellcare Premium Ultra Open (PPO) 및 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)은 의사, 병원, 약국 및 기타 서비스 제공자로 구성된 네트워크를 가지고 있습니다. 우선적 우편 주문 약국 및 플랜 네트워크 소속 서비스 제공자를 이용하면 비용을 절감할 수 있습니다. 일부 플랜에서는 네트워크 비소속 서비스 제공자를 이용할 경우, 보장 서비스에 대해 가입자의 부담분이 더 높아질 수도 있습니다.

당사 플랜의 제공자 및 약국 명부를 확인하고 처방약 보장 범위에 대한 계획을 보려면 플랜의 전체 처방서(Part D 처방약 목록)를 당사 웹사이트 www.wellcare.com/healthnetor에서 확인하실 수 있습니다.

자세한 내용은 1-866-277-6583번으로 전화해 주십시오(TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다). 업무 시간의 경우 10월 1일~3월 31일 기간에는 담당자가 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해 드립니다. 4월 1일~9월 30일 기간에는 담당자가 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해 드립니다. www.wellcare.com/healthnetOR을 방문하십시오.

당사는 가입자에게 적합한 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 오디오, 점자, 대형 활자본 또는 기타 대체 형식 등). 다른 형식의 플랜 정보가 필요한 경우 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
서비스 지역	당사 플랜 및 서비스 지역: H5439015000 Wellcare Giveback Open (PPO)에는 다음이 포함됩니다. • Oregon 주의 카운티: Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill • Washington 주의 Clark 카운티 H5439011000 Wellcare Premium Ultra Open (PPO)에는 다음이 포함됩니다. • Oregon 주의 카운티: Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill • Washington 주의 Clark 카운티 H5439010000 Wellcare Patriot No Premium Open (PPO)에는 다음이 포함됩니다: • Oregon 주의 카운티: Benton, Clackamas, Douglas, Jackson, Josephine, Lane, Linn, Marion, Multnomah, Polk, Washington, Yamhill • Washington 주의 Clark 카운티		
PPO 플랜은 네트워크 비소속 서비스를 위해 진료소견서나 사전 승인이 필요하지 않습니다.			
월 플랜 보험료	\$0	\$121	\$0
Medicare Part B 보험료를 계속 납부하셔야 합니다.			
Part B 보험료 인하	이 플랜은 가입자의 사회 보장 수표로 매달 \$29 할인 혜택을 제공해 드립니다.	해당 사항 없음	해당 사항 없음
공제액	보장 의료 서비스에 대해 \$200의 공제액	보장 의료 서비스에 대해 \$145의 공제액	보장 의료 서비스에 대해 \$125의 공제액

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
가입자 부담 최대한도액 (처방약은 포함되지 않음)	연간 네트워크 소속 \$7,550 연간 네트워크 소속 및 비소속 통합 \$7,550 이 금액은 연간 Part A 및 B 서비스에 대하여 가입자가 납부해야 하는 최대 자기부담금과 공동보험료입니다.	연간 네트워크 소속 \$4,000 연간 네트워크 소속 및 비소속 통합 \$4,000 이 금액은 연간 Part A 및 B 서비스에 대하여 가입자가 납부해야 하는 최대 자기부담금과 공동보험료입니다.	연간 네트워크 소속 \$2,500 연간 네트워크 소속 및 비소속 통합 \$5,100 이 금액은 연간 Part A 및 B 서비스에 대하여 가입자가 납부해야 하는 최대 자기부담금과 공동보험료입니다.
입원환자 병원 보장	네트워크 소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 4일차까지 매일 \$450의 자기부담금 • 5일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 91일차 이상 매일 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 10일차까지 매일 \$500의 자기부담금 • 11일차 이상 매일 \$0의 자기부담금	네트워크 소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 7일차까지 매일 \$225의 자기부담금 • 8일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 91일차 이상 매일 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 7일차까지 매일 \$250의 자기부담금 • 8일차 이상 매일 \$0의 자기부담금	네트워크 소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 8일차까지 매일 \$175의 자기부담금 • 9일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 91일차 이상 매일 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 8일차까지 매일 \$200의 자기부담금 • 9일차 이상 매일 \$0의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

외래환자 병원 보장

**Wellcare Giveback
Open (PPO)
H5439, 플랜 015**

**네트워크 소속
수술 및 비수술
서비스에 대해
\$400의 자기부담금

**네트워크 비소속
수술 및 비수술
서비스에
대해 \$500의
자기부담금**

**Wellcare Premium
Ultra Open (PPO)
H5439, 플랜 011**

네트워크 소속
비수술 서비스당
\$225의 자기부담금
*

**네트워크 비소속
수술 및 비수술
서비스에
대해 \$250의
자기부담금**

**Wellcare Patriot
No Premium Open
(PPO)
H5439, 플랜 010**

네트워크 소속
비수술 서비스당
\$225의 자기부담금
*

**네트워크 비소속
수술 및 비수술
서비스에
대해 \$250의
자기부담금**

네트워크 소속
응급실을 통해
관찰 상태에
들어갈 때
외래환자 관찰
서비스에
대해 \$90의
자기부담금을
납부합니다.
외래환자 시설을
통해 관찰
상태에 들어갈
때 외래환자
관찰 서비스에
대해 \$400의
자기부담금을
납부합니다.

네트워크 비소속
\$500의
자기부담금

네트워크 소속
응급실을 통해
관찰 상태에
들어갈 때
외래환자 관찰
서비스에
대해 \$90의
자기부담금을
납부합니다.
외래환자 시설을
통해 관찰
상태에 들어갈
때 외래환자
관찰 서비스에
대해 \$225의
자기부담금을
납부합니다.

네트워크 비소속
\$250의
자기부담금

네트워크 소속
응급실을 통해
관찰 상태에
들어갈 때
외래환자 관찰
서비스에 대해
입원당 \$120의
자기부담금을
납부합니다.
외래환자 시설을
통해 관찰
상태에 들어갈
때 외래환자
관찰 서비스에
대해 \$225의
자기부담금을
납부합니다.

네트워크 비소속
\$200~\$250의
자기부담금

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
외래 수술 센터(ASC)	네트워크 소속 \$250의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$450의 자기부담금	네트워크 소속 \$200의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$250의 자기부담금	네트워크 소속 \$150의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$175의 자기부담금
의사 방문 주치의	네트워크 소속 \$20의 자기부담금 네트워크 비소속 \$30의 자기부담금	네트워크 소속 \$12의 자기부담금 네트워크 비소속 \$20의 자기부담금	네트워크 소속 \$12의 자기부담금 네트워크 비소속 \$20의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
전문의	네트워크 소속 \$50의 자기부담금 네트워크 비소속 \$60의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금
예방 진료 (예: 연간 건강 검진, 골밀도 측정, 유방암 선별검사(유방조영상), 심혈관 선별검사, 자궁경부 및 질암 선별검사, 대장암 선별검사, 당뇨병 선별검사, B형 간염 바이러스 선별검사, 전립선암 선별검사(PSA), 백신(독감 예방 주사, B형 간염 주사, 폐렴구균 주사 포함))	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금
응급 진료	\$90의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원하면 자기부담금이 면제됩니다.	\$90의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원하면 자기부담금이 면제됩니다.	\$120의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원하면 자기부담금이 면제됩니다.
전 세계 응급 상황 보장	\$90의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다.	\$90의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다.	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 최대 \$50,000의 플랜 보장이 적용됩니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	응급실 또는 응급 입원 이외의 치료에 대해서는 해외 보장이 없습니다. 전 세계 응급 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.
긴급 진료 서비스	\$35의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원한 경우 자기부담금이 면제됩니다.	\$35의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원하면 자기부담금이 면제됩니다.	\$25의 자기부담금 24시간 내에 병원에 입원하면 자기부담금이 면제됩니다.
전 세계 응급 진료 보장	\$90의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	\$90의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 \$50,000의 최대 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.	\$120의 자기부담금 전 세계 응급 및 전 세계 긴급 진료 서비스는 최대 \$50,000의 플랜 보장이 적용됩니다. 전 세계 긴급 진료 서비스를 통해 병원에 입원한 경우 자기부담금은 면제되지 않습니다.

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
진단 서비스/검사실/영상 촬영	코로나19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 모든 지역에서 무료로 제공됩니다.	코로나19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 모든 지역에서 무료로 제공됩니다.	코로나19 검사 및 특정 검사 관련 서비스는 모든 지역에서 무료로 제공됩니다.
검사실 서비스	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$20의 자기부담금	네트워크 비소속 \$20의 자기부담금	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금
진단 검사 및 절차	네트워크 소속 COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다. *	네트워크 소속 COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 17%의 공동보험료를 납부합니다. *	네트워크 소속 COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 15%의 공동보험료를 납부합니다. *

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	네트워크 비소속 COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다.	네트워크 비소속 COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다.	네트워크 비소속 COPD 진단을 받은 가입자의 경우 Medicare 보장 폐활량 측정 검사당 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 대장암의 예방 검진으로 수행된 대장내시경검사 중 비정상 조직 및/또는 용종 제거에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. Medicare에서 보장하는 기타 모든 진단 시술 및 검사에 대해 20%의 공동보험료를 납부합니다.
외래환자 엑스레이	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$20의 자기부담금	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$20의 자기부담금	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$20의 자기부담금

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
진단용 방사선 서비스 (예를 들어, MRI, CAT 스캔)	네트워크 소속 DEXA 스캔에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 진단용 유방조영상에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 다른 모든 위치에서 진단 방사선 서비스에 대해 \$225의 자기부담금을 납부합니다. 외래시설에서 받은 진단 방사선 서비스에 대해 \$400의 자기부담금을 납부합니다. * 네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 소속 DEXA 스캔에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 진단용 유방조영상에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 다른 모든 위치에서 진단 방사선 서비스에 대해 \$125의 자기부담금을 납부합니다. 외래시설에서 받은 진단 방사선 서비스에 대해 \$225의 자기부담금을 납부합니다. * 네트워크 비소속 30%의 공동보험료	네트워크 소속 DEXA 스캔에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 진단용 유방조영상에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 다른 모든 위치에서 진단 방사선 서비스에 대해 \$125의 자기부담금을 납부합니다. 외래시설에서 받은 진단 방사선 서비스에 대해 \$225의 자기부담금을 납부합니다. * 네트워크 비소속 20%의 공동보험료

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
치료 방사선	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료	네트워크 비소속 20%의 공동보험료
청각 진료 서비스			
청력 검사 Medicare 보장	네트워크 소속 \$50의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$60의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금
정기 청력 검사	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 40%의 공동보험료	네트워크 비소속 40%의 공동보험료	네트워크 비소속 40%의 공동보험료
	매년 1회 검사	매년 1회 검사	매년 1회 검사

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
보청기			
보청기 피팅/평가	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
보청기 보조금	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 1회 피팅/ 평가 보청기에 대해 매년 양쪽 귀를 합하여 최대 \$1,500의 보조금이 지급됩니다.	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 1회 피팅/ 평가 보청기에 대해 매년 양쪽 귀를 합하여 최대 \$1,500의 보조금이 지급됩니다.	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 1회 피팅/ 평가 보청기에 대해 매년 양쪽 귀를 합하여 최대 \$2,000의 보조금이 지급됩니다.
모든 유형	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 2개 보청기로 제한됨	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 2개 보청기로 제한됨	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 2개 보청기로 제한됨
추가 청력 정보	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.	기억해야 할 사항 가입자의 의학적 치료 필요성을 확인하기 위해 담당 의사나 기타 의료 서비스 제공자가 검사를 지시한 경우, Medicare는 진단 청력 및 균형 검사를 보장합니다.

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
치과 서비스			
예방 서비스	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 50%의 공동보험료	네트워크 비소속 70%의 공동보험료	네트워크 비소속 70%의 공동보험료
	매년 2회 스케일링	매년 2회 스케일링	매년 2회 스케일링
	12~36개월마다 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진	12~36개월마다 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진	12~36개월마다 1회 치과 엑스레이 매년 2회 구강 검진
불소 처리	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 50%의 공동보험료 매년 1회	네트워크 비소속 70%의 공동보험료 매년 1회	네트워크 비소속 70%의 공동보험료 매년 1회

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
종합 서비스 Medicare 보장	네트워크 소속 Medicare 보장 서비스 이용 시 \$50의 자기부담금. *	네트워크 소속 Medicare 보장 서비스 이용 시 \$25의 자기부담금. *	네트워크 소속 Medicare 보장 서비스 이용 시 \$25의 자기부담금. *
진단 서비스	네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$60의 자기부담금을 납부합니다.	네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$40의 자기부담금을 납부합니다.	네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$40의 자기부담금을 납부합니다.
	네트워크 소속 \$0%의 공동보험료 *	네트워크 소속 40%의 공동보험료 *	네트워크 소속 40%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 50%의 공동보험료	네트워크 비소속 70%의 공동보험료	네트워크 비소속 70%의 공동보험료
수복 서비스	매년 1회 진단 서비스	매년 1회 진단 서비스	매년 1회 진단 서비스
	네트워크 소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 소속 40%의 공동보험료 *	네트워크 소속 40%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 비소속 70%의 공동보험료	네트워크 비소속 70%의 공동보험료
		12~84개월마다 1회 수복 서비스가 적용됩니다.	12~84개월마다 1회 수복 서비스가 적용됩니다.
근관 치료/치주학/발치	네트워크 소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 소속 40%의 공동보험료 *	네트워크 소속 40%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 비소속 70%의 공동보험료	네트워크 비소속 70%의 공동보험료
		치아당 1회 근관 치료 서비스 6~36개월마다 1회 치주학 서비스 치아당 1회 발치	치아당 1회 근관 치료 서비스 6~36개월마다 1회 치주학 서비스 치아당 1회 발치

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
비정기 서비스	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 50%의 공동보험료 24개월까지 매일 1회 비정기 서비스	네트워크 소속 40%의 공동보험료 * 네트워크 비소속 70%의 공동보험료 24개월까지 매일 1회 비정기 서비스	네트워크 소속 40%의 공동보험료 * 네트워크 비소속 70%의 공동보험료 24개월까지 매일 1회 비정기 서비스
의치, 기타 구강/악안면 수술, 기타 서비스	네트워크 소속 보장되지 않음 네트워크 비소속 보장되지 않음	네트워크 소속 40%의 공동보험료 * 네트워크 비소속 70%의 공동보험료 12~84개월마다 1회 보철 시술 12~60개월마다 또는 평생 1회 구강악안면 시술	네트워크 소속 40%의 공동보험료 * 네트워크 비소속 70%의 공동보험료 12~84개월마다 1회 보철 시술 12~60개월마다 또는 평생 1회 구강악안면 시술
추가 치과 정보	기억해야 할 사항: 이 플랜에는 최대 \$750의 예방 및 종합 서비스 보장이 포함됩니다.	기억해야 할 사항: 이 플랜에는 최대 \$2,000의 예방 및 종합 서비스 보장이 포함됩니다.	기억해야 할 사항: 이 플랜에는 최대 \$2,000의 예방 및 종합 서비스 보장이 포함됩니다.

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
안과 서비스			
안과 검사 Medicare 보장	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 (Medicare 보장된 당뇨망막병증 선별검사) \$50의 자기부담금(기타 모든 Medicare 보장 안과 검사) *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 (Medicare 보장된 당뇨망막병증 선별검사) \$25의 자기부담금(기타 모든 Medicare 보장 안과 검사) *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 (Medicare 보장된 당뇨망막병증 선별검사) \$25의 자기부담금(기타 모든 Medicare 보장 안과 검사) *
	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 (Medicare 에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$60의 자기부담금(기타 모든 Medicare 보장 안과 검사)	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 (Medicare 에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$40의 자기부담금(기타 모든 Medicare 보장 안과 검사)	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 (Medicare 에서 보장하는 당뇨병성 망막증 검사) \$40의 자기부담금(기타 모든 Medicare 보장 안과 검사)
정기 안과 검사(굴절)	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 검사 1회	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 검사 1회	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 검사 1회

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
녹내장 선별검사	네트워크 소속 Medicare 보장 서비스당 \$0의 자기부담금.	네트워크 소속 Medicare 보장 서비스당 \$0의 자기부담금.	네트워크 소속 Medicare 보장 서비스당 \$0의 자기부담금.
	네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다.	네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다.	네트워크 비소속 Medicare 보장 서비스마다 \$0의 자기부담금을 납부합니다.
안경류 Medicare 보장	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$60의 자기부담금	네트워크 비소속 \$0~\$295의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
정기 안경류			
콘택트 렌즈/안경 렌즈(렌즈 및 테)/안경테	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경 (렌즈 및/또는 안경테) *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경 (렌즈 및/또는 안경테) *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 매년 무제한 콘택트렌즈 매년 무제한 안경 (렌즈 및/또는 안경테) *
안경류 보조금	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 최대 \$200의 총보조금.	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 최대 \$200의 총보조금.	네트워크 비소속 40%의 공동보험료 매년 최대 \$200의 총보조금.

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
정신 건강 서비스 입원환자 방문	네트워크 소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 4일차까지 매일 \$350의 자기부담금 • 5일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 7일차까지 매일 \$225의 자기부담금 • 8일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 8일차까지 매일 \$175의 자기부담금 • 9일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 10일차까지 매일 \$475의 자기부담금 • 11일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금	네트워크 비소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 7일차까지 매일 \$250의 자기부담금 • 8일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금	네트워크 비소속 입원할 때마다 가입자는 다음 금액을 지불합니다. • 1일차부터 8일차까지 매일 \$200의 자기부담금 • 9일차부터 90일차까지 매일 \$0의 자기부담금
외래환자 개인 치료 방문	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$50의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
외래환자 그룹 치료 방문	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$50의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금
전문간호시설(SNF)	네트워크 소속 각 혜택 기간에 대해 가입자는 다음을 지급합니다. • 1일차부터 20일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 21일차부터 100일차까지 매일 \$160의 자기부담금 * 네트워크 비소속 각 혜택 기간에 대해 가입자는 다음을 지급합니다. • 1일차부터 20일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 21일차부터 100일차까지 매일 \$195의 자기부담금	네트워크 소속 각 혜택 기간에 대해 가입자는 다음을 지급합니다. • 1일차부터 20일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 21일차부터 100일차까지 매일 \$184의 자기부담금 * 네트워크 비소속 각 혜택 기간에 대해 다음을 지급합니다. 1~20일까지 1일당 \$0의 자기부담금 21~100일까지 1일당 \$220의 자기부담금	네트워크 소속 각 혜택 기간에 대해 가입자는 다음을 지급합니다. • 1일차부터 20일차까지 매일 \$0의 자기부담금 • 21일차부터 100일차까지 매일 \$184의 자기부담금 * 네트워크 비소속 각 혜택 기간에 대해 다음을 지급합니다. 1~20일까지 1일당 \$0의 자기부담금 21~100일까지 1일당 \$220의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
치료 및 재활 서비스			
물리 치료	네트워크 소속 \$40의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$50의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금
작업 치료사가 제공하는 외래환자 재활 서비스	네트워크 소속 \$40의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$50의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금
폐 재활 서비스	네트워크 소속 \$30의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금
	네트워크 비소속 \$50의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
구급차			
지상 구급차	네트워크 소속 \$300의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$295의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$100의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$300의 자기부담금	네트워크 비소속 \$295의 자기부담금	네트워크 비소속 \$100의 자기부담금
항공 구급차	네트워크 소속 \$300의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$295의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$100의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$300의 자기부담금	네트워크 비소속 \$295의 자기부담금	네트워크 비소속 \$100의 자기부담금
교통편 서비스	네트워크 소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 소속 보장되지 <u>않음</u>
	네트워크 비소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 비소속 보장되지 <u>않음</u>	네트워크 비소속 보장되지 <u>않음</u>
Medicare Part B 의약품			
화학요법 의약품	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 20%의 공동보험료

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
기타 Part B 의약품	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

처방약 보장	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010		
1단계: 연간 처방약 공제액					
공제액	단계 3(우선 브랜드 약), 단계 4(비우선 약) 및 단계 5(특수 단계) Part D 처방약의 경우 \$200. 다른 모든 보장 의약품의 경우, 가입자는 공제액을 지불할 필요가 없으며 즉시 보장을 받기 시작합니다.	단계 3(우선 브랜드 약), 단계 4(비우선 약) 및 단계 5(특수 단계) Part D 처방약의 경우 \$95. 다른 모든 보장 의약품의 경우, 가입자는 공제액을 지불할 필요가 없으며 즉시 보장을 받기 시작합니다.	보장되지 <u>않음</u>		
2단계: 초기 보장(해당되는 경우 가입자가 공제액을 지불한 후)					
가입자는 총 연간 약의약품 비용이 \$4,430에 도달할 때까지 다음을 지불합니다. 총 연간 약의약품 비용은 가입자 및 당사의 플랜이 지불하는 총 의약품 비용입니다. 이 금액에 도달하면 보장 갭에 진입하게 됩니다.					
소매 비용 분담(30일/90일분)					
	우선	표준	우선	표준	표준
단계 1 (우선 복제약 - 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$5/\$15의 자기부담금	\$10/\$30의 자기부담금	\$5/\$15의 자기부담금	\$10/\$30의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 2 (복제약 - 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$15/\$45의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	\$10/\$30의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 3 (우선 브랜드 약 - 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약을 포함할 수 있습니다.)	\$37/\$111의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	\$37/\$111의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>

처방약 보장	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015		Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011		Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	우선	표준	우선	표준	표준
단계 4 (비우선 약 - 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	\$90/\$270의 자기부담금	\$100/\$300의 자기부담금	\$90/\$270의 자기부담금	\$100/\$300의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 5 (특수 단계 - 고비용 브랜드 약 및 복제약이 포함됩니다. 이 단계의 의약품은 더 낮은 단계에서의 지불에 대한 예외의 대상이 아닙니다.)	29%의 공동보험료/사용 불가	29%의 공동보험료/사용 불가	31%의 공동보험료/사용 불가	31%의 공동보험료/사용 불가	보장되지 <u>않음</u>
단계 6 (선별된 케어 의약품 - 특정 만성 상태를 치료하거나 질병을 예방(백신)하는데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>

처방약 보장	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010		
2단계: 초기 보장(해당되는 경우 가입자가 공제액을 지불한 후)(계속)					
우편 주문 비용 분담(30일/90일분)					
	우선	표준	우선	표준	표준
단계 1 (우선 복제약 - 우선 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$5/\$0의 자기부담금	\$10/\$30의 자기부담금	\$5/\$0의 자기부담금	\$10/\$30의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 2 (복제약 - 복제약이 포함되며 일부 브랜드 약이 포함될 수 있습니다.)	\$15/\$0의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	\$10/\$0의 자기부담금	\$20/\$60의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 3 (우선 브랜드 약 - 우선 브랜드 약이 포함되며 일부 복제약을 포함할 수 있습니다.)	\$37/\$74의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	\$37/\$74의 자기부담금	\$47/\$141의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 4 (비우선 약 - 비우선 브랜드 약 및 비우선 복제약이 포함됩니다.)	\$90/\$180의 자기부담금	\$100/\$300의 자기부담금	\$90/\$180의 자기부담금	\$100/\$300의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
단계 5 (특수 단계 - 고비용 브랜드 약 및 복제약이 포함됩니다. 이 단계의 의약품은 더 낮은 단계에서의 지불에 대한 예외의 대상이 아닙니다.)	29%의 공동보험료/ 사용 불가	29%의 공동보험료/ 사용 불가	31%의 공동보험료/ 사용 불가	31%의 공동보험료/ 사용 불가	보장되지 <u>않음</u>

처방약 보장	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015		Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011		Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	우선	표준	우선	표준	표준
단계 6 (선별된 케어 의약품 - 특정 만성 상태를 치료하거나 질병을 예방(백신)하는 데 일반적으로 사용되는 일부 복제약 및 브랜드 약이 포함되어 있습니다.)	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	\$0/\$0의 자기부담금	보장되지 <u>않음</u>
3단계: 보장 갭					
	총 의약품 비용(플랜에서 지급한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달하면, 귀하는 보장 갭 동안 모든 의약품 단계에서 복제약에 대해 공동보험료의 25%, 브랜드 약에 대해 공동보험료의 25% 이상을 지불하지 않을 것입니다. 이 단계에서 단계 6의 일부 의약품의 경우 자기부담금 또는 공동보험료를 납부합니다. 약의약품 보장에 관한 자세한 내용은 처방서 및 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.		총 의약품 비용(플랜에서 지급한 금액 및 가입자가 지불한 금액 포함)이 \$4,430에 도달하면, 귀하는 보장 갭 동안 모든 의약품 단계에서 복제약에 대해 공동보험료의 25%, 브랜드 약에 대해 공동보험료의 25% 이상을 지불하지 않을 것입니다. 이 단계에서 단계 6의 일부 의약품의 경우 자기부담금 또는 공동보험료를 납부합니다. 약의약품 보장에 관한 자세한 내용은 처방서 및 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.		보장되지 <u>않음</u>

처방약 보장	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015		Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011		Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	우선	표준	우선	표준	표준
4단계: 재해성 보장					
	연간 의약품 자기부담금(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구입한 의약품 포함)이 \$7,050에 도달한 후에 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불하게 됩니다. • 5% 공동보험료 또는 • \$3.95의 자기부담금을 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 그리고 \$9.85의 자기부담금을 다른 모든 약들에 대해 납부.		연간 의약품 자기부담금(소매 약국 및 우편 주문을 통해 구입한 의약품 포함)이 \$7,050에 도달한 후에 가입자는 다음 중 더 큰 금액을 지불하게 됩니다. • 5% 공동보험료 또는 • \$3.95의 자기부담금을 복제약(복제약으로 취급되는 브랜드 약 포함)에 대해 그리고 \$9.85의 자기부담금을 다른 모든 약들에 대해 납부.		보장되지 <u>않음</u>

비용 부담은 Point-of-service(우편 주문, 소매, 장기 치료(LTC)), 자가 투여, 약국이 당사의 선호 네트워크 또는 표준 네트워크 소속인지 여부 또는 처방이 단기(30일분) 또는 장기(90일분)인지 여부에 따라 다를 수 있습니다.

제외 의약품:

본 플랜은 특정 제외 의약품에 대한 강화된 의약품 보장을 포함합니다. 단계 1의 복제약 Sildenafil 및 Vardenafil만 30일마다 6정으로 수량 제한이 있습니다.

본 의약품은 Medicare의 Part D 보장에서 제외되기 때문에 Extra Help(추가 지원)로 보장되지 않습니다. 또한, 본 의품을 조제할 때 지불한 금액은 재해성 보장 단계의 자격을 얻는 데 합산되지 않습니다.

의약품 보장에 관한 자세한 내용은 처방서 및 보장 범위 증명서를 참조해 주십시오.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
지압요법 서비스 Medicare 보장	네트워크 소속 \$20의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$20의 자기부담금	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금
정기 지압요법 서비스	네트워크 소속 보장되지 <u>않음</u> 네트워크 비소속 보장되지 <u>않음</u>	아래에서 무료 대체 의약품 혜택을 확인하십시오	아래에서 무료 대체 의약품 혜택을 확인하십시오
침술 Medicare 보장	네트워크 소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$20의 자기부담금을 부담합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$50의 자기부담금을 부담합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$20의 자기부담금을 부담합니다. *	네트워크 소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$12의 자기부담금을 부담합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$25의 자기부담금을 부담합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 부담합니다. *	네트워크 소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$12의 자기부담금을 부담합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$25의 자기부담금을 부담합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 부담합니다. *

혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	네트워크 비소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$30의 자기부담금을 부담합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$60의 자기부담금을 부담합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$20의 자기부담금을 납부합니다.	네트워크 비소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$20의 자기부담금을 부담합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$40의 자기부담금을 부담합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다.	네트워크 비소속 PCP 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$20의 자기부담금을 부담합니다. 전문의 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$40의 자기부담금을 부담합니다. 지압치료사 진료실에서 받은 Medicare 보장 침술 서비스에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다.
정기 침술 서비스	네트워크 소속 보장되지 않음 네트워크 비소속 보장되지 않음	아래에서 무료 대체 의약품 혜택을 확인하십시오	아래에서 무료 대체 의약품 혜택을 확인하십시오
족부 치료 서비스(발 치료) Medicare 보장	네트워크 소속 \$50의 자기부담금 네트워크 비소속 \$60의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금 네트워크 비소속 \$40의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사 및 치료를 이용할 수 있습니다.	기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사 및 치료를 이용할 수 있습니다.	기억해야 할 사항: 당뇨와 관련된 신경 손상 및/또는 특정 조건을 충족하는 경우 발 검사 및 치료를 이용할 수 있습니다.
가상 방문	당사 플랜은 하루 24시간, 주 7일, Teladoc을 통해 면허 소지 의사에 대한 가상 방문 이용을 제공하여 다양한 건강 문제/질문을 해결하는 데 도움을 드립니다. 보장 서비스에는 일반 의료, 행동 건강, 피부과 등이 포함됩니다. 가상 방문(원격 의료 상담이라고도 함)은 스마트폰, 태블릿 또는 컴퓨터를 사용하여 전화 또는 인터넷을 통해 의사를 방문하는 것입니다. 특정 유형의 방문에는 인터넷 및 카메라 장착 장치가 필요할 수 있습니다.		
가정 건강 기관의 진료	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 * 네트워크 비소속 20%의 공동보험료

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
의료 장비/용품			
내구성 의료 장비(DME)	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료
보철			
	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료
당뇨병 용품			
	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 *
	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금	네트워크 비소속 \$0의 자기부담금
당뇨병 치료용 신발 또는 삽입물			
	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *	네트워크 소속 20%의 공동보험료 *
	네트워크 비소속 20%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료	네트워크 비소속 30%의 공동보험료
Opioid Treatment 프로그램 서비스			
	네트워크 소속 \$50의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금	네트워크 소속 \$25의 자기부담금
	네트워크 비소속 \$60의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금	네트워크 비소속 \$40의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
웰니스 프로그램	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	제공되는 웰니스 프로그램 혜택에 대한 자세한 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.
피트니스	\$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 건강 진단 피트니스	\$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 건강 진단 피트니스	\$0의 자기부담금 보장 범위: 활동 추적기 및 건강 진단 피트니스

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
	기억해야 할 사항: 이 혜택은 참여하는 헬스클럽이나 피트니스 센터에서의 연간 멤버십에 적용됩니다. 참여하는 피트니스 센터 부근에 살지 않거나/또는 가정에서 운동하는 것을 선호하는 가입자는 이용 가능한 운동 프로그램을 선택하면 무료로 집으로 배송해 드립니다. Fitbit 또는 Garmin 피트니스 추적기는 홈 피트니스 키트의 일부로 선택할 수 있습니다.	기억해야 할 사항: 이 혜택은 참여하는 헬스클럽이나 피트니스 센터에서의 연간 멤버십에 적용됩니다. 참여하는 피트니스 센터 부근에 살지 않거나/또는 가정에서 운동하는 것을 선호하는 가입자는 이용 가능한 운동 프로그램을 선택하면 무료로 집으로 배송해 드립니다. Fitbit 또는 Garmin 피트니스 추적기는 홈 피트니스 키트의 일부로 선택할 수 있습니다.	기억해야 할 사항: 이 혜택은 참여하는 헬스클럽이나 피트니스 센터에서의 연간 멤버십에 적용됩니다. 참여하는 피트니스 센터 부근에 살지 않거나/또는 가정에서 운동하는 것을 선호하는 가입자는 이용 가능한 운동 프로그램을 선택하면 무료로 집으로 배송해 드립니다. Fitbit 또는 Garmin 피트니스 추적기는 홈 피트니스 키트의 일부로 선택할 수 있습니다.
추가 흡연 및 금연 상담 세션	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 매년 5회 방문으로 제한됨

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
추가적인 정기 연례 건강 검진	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 당사는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 당사는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.	네트워크 소속 \$0의 자기부담금 네트워크 비소속 \$0의 자기부담금 기억해야 할 사항: 웰니스 프로그램은 건강을 유지하는 좋은 방법입니다. 연중 추가 검진이든 간단한 건강 관련 질문이든, 당사는 가입자의 건강을 위한 조력자로 남을 것입니다.
24시간 간호사 상담 라인	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금	\$0의 자기부담금

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
만성 질병에 대한 특별 추가 혜택(SSBCI) 이러한 혜택을 받을 자격을 갖추려면 적절한 만성 질환이 있고 고위험 치료 관리에 적합하다고 판단되는 등 구체적인 기준을 충족시켜야 합니다. 자격 기준의 전체 목록은 보장 범위 증명서를 참조하십시오.	도우미 로봇: 가입자는 \$0의 자기부담금 납부 계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다. 제한이 적용됩니다. 진료소견서가 필요할 수 있습니다. *	도우미 로봇: 가입자는 \$0의 자기부담금 납부 계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다. 제한이 적용됩니다. 진료소견서가 필요할 수 있습니다. *	도우미 로봇: 가입자는 \$0의 자기부담금 납부 계약된 서비스 제공자의 대화식 반려 고양이 또는 개를 보장합니다. 제한이 적용됩니다. 진료소견서가 필요할 수 있습니다. *

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

추가 혜택

	Wellcare Giveback Open (PPO) H5439, 플랜 015	Wellcare Premium Ultra Open (PPO) H5439, 플랜 011	Wellcare Patriot No Premium Open (PPO) H5439, 플랜 010
무료 대체 의학	보장되지 <u>않음</u>	네트워크 소속 대체 진통요법에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 네트워크 비소속 40%의 공동보험료 기억해야 할 사항: 본 플랜은 자연요법, 정기 지압치료사 또는 침술 혜택 등이 포함된 전문 서비스에 대해 24회 방문을 제공합니다.	네트워크 소속 대체 진통요법에 대해 \$0의 자기부담금을 납부합니다. 네트워크 비소속 40%의 공동보험료 기억해야 할 사항: 본 플랜은 자연요법, 정기 지압치료사 또는 침술 혜택 등이 포함된 전문 서비스에 대해 24회 방문을 제공합니다.

별표(*) 표시된 서비스에 대해 사전 승인이 필요할 수 있습니다.

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libreng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniyam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

전화 한 통화로 연락이 가능합니다

ARKANSAS

✚ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 또는 www.wellcare.com/allwellAR을 방문

ARIZONA

✚ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 또는 www.wellcare.com/allwellAZ을 방문

CALIFORNIA

✚ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 또는 www.wellcare.com/healthnetCA을 방문

FLORIDA

✚ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 또는 www.wellcare.com/allwellFL을 방문

GEORGIA

✚ HMO

☎ 1-844-890-2326

✚ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 또는 www.wellcare.com/allwellGA을 방문

INDIANA

✚ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

✚ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 또는 www.wellcare.com/allwellIN을 방문

KANSAS

✚ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

✚ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 또는 www.wellcare.com/allwellKS을 방문

LOUISIANA

✚ HMO

☎ 1-855-766-1572

✚ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 또는 www.wellcare.com/allwellLA을 방문

MISSOURI

✚ HMO

☎ 1-855-766-1452

✚ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 또는 www.wellcare.com/allwellMO을 방문

MISSISSIPPI

+ HMO

☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-260-4124

📖 또는 www.wellcare.com/allwellMS을 방문

NEBRASKA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP

☎ 1-833-853-0864

📖 또는 www.wellcare.com/NE을 방문

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO

☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-717-0806

📖 또는 www.wellcare.com/allwellNV을 방문

NEW MEXICO

+ HMO, PPO

☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-810-7965

📖 또는 www.wellcare.com/allwellNM을 방문

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP

☎ 1-800-247-1447

📖 또는 www.fideliscare.org/wellcaremedicare을 방문

OHIO

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-389-7690

📖 또는 www.wellcare.com/allwellOH을 방문

OKLAHOMA

+ HMO, PPO

☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-853-0866

📖 또는 www.wellcare.com/OK을 방문

OREGON

+ HMO, PPO

☎ 1-844-582-5177

📖 또는 www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP

☎ 1-844-867-1156

📖 또는 www.wellcare.com/trilliumOR을 방문

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP

☎ 1-866-330-9368

📖 또는 www.wellcare.com/allwellPA을 방문

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-766-1497

📖 또는 www.wellcare.com/allwellSC을 방문

TEXAS

+ HMO

☎ 1-844-796-6811

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8023

🖥️ 또는 www.wellcare.com/allwellTX을 방문

WISCONSIN

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8024

🖥️ 또는 www.wellcare.com/allwellWI을 방문

WASHINGTON

+ PPO

☎ 1-844-582-5177

🖥️ 또는 www.wellcare.com/healthnetOR을 방문

모든 주에 대한 TTY: 711

영업 시간

📅 10월 1일~3월 31일: 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시

📅 4월 1일~9월 30일: 월요일~금요일, 오전 8시 ~오후 8시

가입 전 체크리스트

가입 결정을 내리기 전에 당사의 혜택과 규칙을 충분히 이해하는 것이 중요합니다. 궁금하신 점이 있을 경우, 1-866-277-6583(TTY:711)번의 고객 서비스부 담당자에게 전화를 걸어 문의할 수 있습니다. 10월 1일~3월 31일 기간에는 담당자가 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해 드립니다. 4월 1일~9월 30일 기간에는 담당자가 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해 드립니다.

혜택 이해

- **보장 범위 증명서(EOC)**에서 혜택의 전체 목록을 검토해 주십시오. 정기적으로 의사의 진찰을 받는 경우라면 특히 해당 서비스를 자세히 검토하시는 것이 좋습니다. www.wellcare.com/healthnetor를 방문하거나 1-866-277-6583(TTY: 711)번으로 전화를 걸어 EOC 사본을 받으실 수 있습니다.
- 서비스 제공자 명부를 검토하여(또는 의사에게 문의) 현재 진찰을 받고 있는 의사가 네트워크 소속인지 확인하십시오. 해당 의사가 명부에 없으면 새로운 의사를 선택해야 할 수 있습니다.
- 처방약 조제를 위해 이용하는 약국이 네트워크 소속인지 확인하려면 약국 명부를 검토해 주십시오. 해당 약국이 명부에 없으면 처방을 위해 새로운 약국을 선택해야 할 수 있습니다.

중요한 규칙 이해

- **플랜 보험료가 있는 플랜의 경우(플랜 보험료가 없는 플랜에는 적용되지 않음):** 월 플랜 보험료 외에 가입자는 Medicare Part B 보험료를 계속해서 납부하셔야 합니다. 이 보험료는 보통 매달 사회보장국 수표에서 지불됩니다.
- **혜택, 보험료 및/또는 자기부담금/공동보험료**는 2023년 1월 1일에 변경될 수 있습니다.
- **HMO 플랜에만 해당:** 당사의 플랜을 통해 네트워크 외부(비계약 서비스 제공자)의 진료를 받을 수 있습니다. 비계약 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대해 당사가 비용을 지불하지만, 서비스 제공자가 귀하의 치료에 동의해야 합니다. 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고, 비계약 서비스 제공자는 치료를 거부할 수 있습니다. 또한 비계약 서비스 제공자로부터 받은 서비스에 대해 귀하는 더 높은 자기부담금을 지불하게 됩니다.
- **PPO 및 PFFS 플랜에만 해당:** 당사의 플랜을 통해 네트워크 외부(비계약 서비스 제공자)의 진료를 받을 수 있습니다. 비계약 서비스 제공자가 제공하는 보장 서비스에 대해 당사가 비용을 지불하지만, 서비스 제공자가 귀하의 치료에 동의해야 합니다. 응급 상황이나 긴급 상황을 제외하고, 비계약 서비스 제공자는 치료를 거부할 수 있습니다. 또한 비계약 서비스 제공자로부터 받은 서비스에 대해 귀하는 더 높은 자기부담금을 지불하게 됩니다.
- **C-SNP 플랜에만 해당:** 이 플랜은 Chronic Condition Special Needs 플랜(C-SNP)입니다. 자격에 해당하는 특정 중증 또는 만성 질환을 갖고 있는 것이 확인되면 가입할 수 있습니다.
- **D-SNP 플랜에만 해당:** 이 플랜은 Dual Eligible Special Needs 플랜(D-SNP)입니다. Medicare 및 Medicaid 주 플랜의 의료 지원을 모두 받을 자격이 있다는 것이 확인되면 가입할 수 있습니다.

연락 정보

자세한 내용은 다음 연락처로 문의해 주십시오.

전화

수신자 부담 전화 1-866-277-6583(TTY 711)번. 면허를 가진 보험 설계사가 전화에 응대합니다.

업무 시간

10월 1일~3월 31일 기간에는 담당자가 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해 드립니다. 4월 1일~9월 30일 기간에는 담당자가 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시 사이에 상담해 드립니다.

온라인 www.wellcare.com/healthnetOR

당사는 모든 단계에서 가입자 여러분을 지원해 드립니다.

Centene, Inc.는 Medicare와 계약을 맺은 HMO, PPO, PFFS, PDP 플랜이자 승인된 Part D 후원기관입니다. 당사 D-SNP 플랜은 주 Medicaid 프로그램과 계약을 맺고 있습니다. 당사 플랜의 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.